

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	███ *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - ███
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - ███
- FG14
  - ███
- FG17
  - ███
- FG33
  - ███
- FG36
  - ███
  - ███
  - ███
- FG37
  - ███
- FG38
  - ███
  - ███
- IBBS
  - ███
- P1
  - ███
- Presse
  - ███
  - ███
- ZBS1
  - ███

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit >44,5 Mio. Fälle, > 1,1 Mio. Todesfälle ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Allen voran USA, Indien, Frankreich ▪ Absteigende Tendenz allein in Indien und Argentinien ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner ▪ Mittlerweile 83 Länder mit >50/100.000, zwei mehr als am Mittwoch, ▪ Neu: in Asian im Iran stark ansteigende Fallzahlen ▪ EU: Schweden neu dabei, nur noch 3 Länder mit 7-T-I <50/100.000 (Norwegen, Estland, Finnland) ○ Gestern neue Lancet Studie aus Schweden zu COVID-19 Todesfällen bei >70-jährigen (hier) ▪ Verknüpfung von Daten aus Todesursachen- und Bevölkerungsregister März bis Mai 2020 ▪ >275.000 Personen, knapp 3.400 Todesfälle von welchen 1.300 wegen COVID-19 ▪ Wichtigste identifizierte Risikofaktoren: Wohnen im Pflegeheim (4-fach höheres Risiko) und Wohndichte ▪ Interessant: Haushaltskontakte <66 Jahren (also arbeitende Bevölkerung) bergen erhöhtes Sterberisiko • Zusammenfassung ○ Drastische Fallzunahme in Europa ○ Lockdowns (ganz oder teilweise) in vielen Ländern ○ Schulschließungen in Polen, Tschechien und Slowenien ○ China Cluster in Xinjiang: nach Testung von 4,8 Mio. Einwohnern >160 Fälle (42 symptomatisch), steht mit Bekleidungsfabrik im Zusammenhang • Diskussion: Perspektive Ausweisung von Risikogebieten? ○ Ausweisung noch stets vom BKA erwünscht, unabhängig von Infektionszahlen in Deutschland ○ RKI wendet deswegen nicht ECDC-Empfehlung an, sondern bleibt beim angewandten Verfahren der 7-T.-I., zusätzlich wird unterstützend die ECDC-Karte konsultiert aber nicht so umgesetzt ○ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 499.694 (+18.681), davon 10.349 (2,1%) Todesfälle (+77), 7-Tages-Inzidenz 104,9/100.000 Einw., 7-Tage-R_{eff}=1,2 ○ Inzidenzen: insgesamt bundesweit 105/100.00, am höchsten in HB, BE, HE, NW, insgesamt steigende Tendenz ○ Geografische Verteilung: Karte färbt sich zunehmend rot und dunkelrot, >3/4 aller Kreise haben Inzidenzen >50/100.000, nur noch 15 Kreise unter 25/100.000, die meisten Großstädte bis auf Leipzig >50/100.000, besonders betroffen Frankfurt, Bremen, Offenbach, München, Berliner Bezirke ○ Testungen (Datenstand 27.10.2020): weitere Zunahme ▪ >1,3 Mio. in KW43, Anzahl positiv >5% ▪ Labore kommen zunehmend an ihre Grenzen, Rückstau (starker Anstieg) liegt aktuell bei ca. 70.000 Proben, bei der Tagesleistung von 100.000 ist dies jedoch (noch) überschaubar ▪ Auch innerhalb des RKI gibt es Materialknappheit ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Kreisen (Heatmaps): ▪ Ausbreitung von KW43 – KW44 von jüngeren auf ältere Gruppen ▪ Es ist auch ein Anstieg bei 0-14-jährigen zu sehen, ▪ Aus der mittleren Erwachsenengruppe zieht Situation in andere ältere und jüngere Altersgruppen, dies ist anders als bei Influenza ▪ Keine klaren Muster, es gibt Kreise mit sehr hoher Inzidenz mit benachbarten mit niedriger Inzidenz → lokal (begrenzte) Häufungen ○ Angaben zu Quellen von Fallinformationen ▪ Meistens aus KoNa, Testung/Reihenuntersuchung gefolgt von Verdachtsmeldungen ▪ Testung/Reihenuntersuchung unterteilt in diverse Kategorien (Reiserückkehrer Risikogebiete, Krankenhausaufnahme, usw.) ▪ Über CWA wir nur geringe Anzahl von Fällen bekannt ○ Aus Meldedaten sind noch mehr Informationen verfügbar, weitere Bündelung und Kommunikation wird diskutiert	AL3/FG38
2	**Internationales (nur freitags)** • Viele Leute sind aktuell in Einsatzgeschehen: ○ Namibiaeinsatz endet heute	

	○ 2 Personen sind aktuell auf Lesbos um das European Mobile Lab zu unterstützen ○ 1 Person reist mit der SEEG nach Honduras zu unterstützen ○ Eine Nachfolgemission zur klinischen Unterstützung nach Usbekistan ist in Planung ○ Einsätze zahlreich und divers - spiegelt das dynamische Geschehen wider • Gestern Hilfeersuchen um Unterstützung von Intensivmedizin und Labor aus der tschechischen Republik: Teams sollen mobilisiert werden •	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Mit steigenden Fallzahlen zunehmende Fragen zu ○ Verhalten bei positiv-Testung ○ Handhabe bei Status KP I oder II, dies soll noch deutlicher dargestellt werden ○ Häuslicher Quarantäne • Außerdem Überarbeitung Infos zu KoNa-Management, hierzu erstellt RKI auch gerade neue Dokumente, diese werden im Anschluss mit BZgA abgestimmt (s. unter Dokumente), dies ist wichtig, um mit einer Stimme zu sprechen **Presse** • ○ ○ ○	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen	

b) RKI-intern

Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht

- Textvorschlag hierfür wurde entwickelt (hier) da das leichte Absinken des R-Wertes zu Nachfragen geführt hat
- Nachfrage R-Kalkulation: Müsste diese noch stärker bezüglich der Verzögerung der Testung angepasst werden? Wird diese aktuell realistisch abgebildet?
  - Das Nowcasting berücksichtigt täglich Änderungen in der ~~Es wird eine feste~~ Verzögerung zwischen ~~Fallübermittlung~~Erkrankungsbeginn und Übermittlung des Falls~~Fallankunft am~~ an das RKI ~~benutzt~~
  - Annahme ist dennoch, dass die Verzüge bei den Nachmeldungen der nächsten Tage so bleiben wie sie zuletzt (grob: in den letzten 7 Tagen) waren.
  - ~~Dieser Wert ändert sich und wird nicht täglich angepasst~~
  - Vor kurzem wurde dies geprüft: es gibt im Moment keine deutliche Veränderung im Meldeverzug~~, und keine Unterscheidung zwischen Bundesländern oder im Zeitverlauf~~
  - Dies wird beobachtet und bei Bedarf im Berechnungsverfahren angepasst
- 4-Tage-R-Wert unterliegt wöchentlichen Schwankungen, wird daher nur aus historischen Gründen berichtet~~geht im Sägezahnmuster rauf und runter~~
- 7-Tage-R-Wert gleicht ~~sollte~~ diese Effekte ~~eigentlich ausgleichen zeigt a~~stärker aus, zeigt aber ~~ber~~dennoch ~~auch~~leichte wöchentliche Wellenbewegungen. Dies könnte durch Berücksichtigung der Wochentags-Abhängigkeit korrigiert werden. Das setzt allerdings eine hinreichend hohe Zahl von Meldungen mit Angabe zum Erkrankungsbeginn voraus
- Wichtige ~~Umformulierung:~~Regel: ~~nicht jeder~~Ein R-Wert >1 bedeutet exponentielles Wachstum
- Aktuell ein leichtes Indiz für eine Verlangsamung der Dynamik → dies sollte jedoch nicht so vermittelt werden um die neuen Maßnahmen nicht in Frage zu stellen, zumal wir uns nicht sicher sein können, wie die Tendenz sich weiterentwickelt
- Die Bevölkerung hat bereits vor dem Lockdown in Eigeninitiative Maßnahmen umgesetzt und Bewegungen eingeschränkt, nimmt von sich aus vorweg, was Politik entschieden hat
- Auch der ARE-Wert liegt jetzt noch deutlich unter dem der Vorjahre, Übertragung respiratorischer Erreger ist aktuell deutlich niedriger als sonst
- Leichte Textanpassungen und die letzten zwei Absätze werden gestrichen und die Lage zunächst weiter beobachtet

ToDo: LZ passt Erklärung zu R-Werten an und integriert sie in Lagebericht

Kommentiert [adHM1]: Meiner Meinung nach sollte das leichte Absinken tatsächlich kommentiert werden, da es schon auffällt – aber eben nicht bedeutet, dass wir kein exponentielles Wachstum mehr haben.
Etwa: Das leichte Absinken des R-Wertes (von etwa 1,4 auf etwa 1,2 in den letzten Tagen) deutet auf eine etwas niedrigere exponentielle Wachstumsrate hin. Dennoch steigt die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiter exponentiell.

8	**Dokumente**	

	Kontaktpersonennachverfolgung • Die vorhandenen Empfehlungen und Dokumente sollen aktualisiert werden, Zielsetzung: - Definition von Prioritäten in Situationen hoher GA-Belastung - Verschlankung und breiteres verständlich Machen • Hierfür wurden drei Dokumente besprochen: • 1 – Orientierungshilfe (hier und hier) ○ Einstiegsdokument: richtet sich an ÄrztInnen und GA sowie betroffene Personen, Allgemeinbevölkerung, entsprechend Quarantäneflyern ○ Wurde auf Minimum reduziert ▪ Adressaten ▪ Ziele ▪ Prioritäten ▪ Schritte: Fallbefragung=1. Schritt der Aufgaben des GA ▪ Definition/Feststellung von Situationen mit hohem Ausbreitungspotential (Abstand/Kontext/Zeitraum) – Triage durch GA (auch ggf. durch CS) – bei geringem potential nur Informationsweitergabe, kann auch delegiert werden (z.B. durch Fall selber) ▪ Zeiträume Nachverfolgung, Dauer Isolierung und Quarantäne ○ Soll für jede Person verständlich sein, Kerninformationen werden grafisch aufgearbeitet, Infografik bereits in Arbeit und Abstimmung ○ Kommentare/Verbesserungsvorschläge ▪ Begriff „Schritte" durch „Vorgehen" ersetzen (Präs) ▪ Unterüberschrift lässt vermuten, dass die Ärzte Kontaktpersonenmanagement machen sollen ○ Für die, die mehr wissen müssen/wollen – Verlinkung zu → • 2- Ausführliche Arbeitsmaterialien zu KoNa-Management (hier) ○ Lange Version für die, die dies für ihre Arbeit benötigen ○ Wurde verschlankt, KP III (medizinisches Personal) wurde komplett herausgenommen und wird von FG37 in eigenem Dokument zusammen mit notwendigen institutionellen Vorbereitungen bearbeitet (Personal, Flussdiagramm, usw.) ○ Hier nur noch KP I und II, inklusive Beispiele und Fragen, zu denen Konzepte entwickelt wurden ○ Haushaltsquarantäne wurde aufgenommen ○ Ansonsten keine Änderungen • 3 - Illustration zu Kontaktarten (hier) ○ Richtet sich an Ärzteschaft und Allgemeinbevölkerung ○ Bilder können als Ergänzung zum Text platziert werden ○ Abgebildete Szenarien sind alle schon im Text vorhanden (lediglich grafische Ergänzung) ○ Anhand der grafischen Umsetzung soll interessierte Bevölkerung nachvollziehen können, was das GA macht	

	(ohne selber involviert zu sein), Zielgruppe sind nicht GA, z.B. machen auch große Betriebe ihre eigene KoNa ◦ Erste Folien sind gut und als Piktogramme selbstredend, grafisch umgesetzte Situationen sollten sich auf wenige, grundlegende fokussieren ◦ Je mehr Text, desto weniger hilfreich ◦ Auch Abstimmung/Arbeitsauftrag für BZgA • Wann wird KoNa Papier für KP III fertig? • FG37 arbeitet daran, Konzept und Inhalte stehen, grafische Finalisierung noch zu erledigen *ToDo: Fertigstellung der folgenden KoNa-Dokumente* *1 Orientierungshilfe – FG36/IBBS* *2 ausführliche Empfehlungen – FG36* *3 Infografik- P1/FG36* *4 Papier KP III – F37* **Testkriterien** (hier)- **Strategie-Anpassungen für Winter** (hier) • Viele Aspekte sind aus den Testkriterien für Schulen bekannt • Spezifizieren Kriterien, Symptome oder Eigenschaften für eine Testindikation, z.B. Risikogruppe, medizinisches Personal, Veranstaltungen, Cluster, erhöhte Inzidenz, vorwärtsgerichteter Kontakt zu vielen Menschen, usw. • Fall-basiertes nicht-Testen: Schnupfen und Halsschmerzen sind keine COVID-19-Hinweise aber auch nicht als Symptome auszuschließen → Isolation zu Hause bis 48h nach Symptomfreiheit empfehlenswert • Terminologie: nicht „vulnerable" Gruppe da dies eher soziologisch belegt ist, stattdessen Risikogruppe (medizinische Disposition) • Inhalte stehen, redaktionelle Updates erfolgen noch • [redacted] • Maßnahme Kontaktreduktion muss stets bestehen bleiben, da ggf. keine häusliche Isolierung angeordnet wird • Erklärung der Strategie-Ergänzung für den Winter: alle respiratorischen Erkrankungen die ggf. zu unnötigen Nachverfolgungen führen könnten sollen geringer werden dadurch, dass die erkrankten nicht in der Öffentlichkeit auftreten, Erklärung des kollektiven Gewinnes trotz der individuellen Last • Sollte unbedingt als begleitende Strategieergänzung publiziert werden • [redacted]	

9	**Update Impfung (nur freitags)** **Letzter Stand zur Impfung** (hier) • Laufende Studien ○ 2 Impfstoffe wurden bei EMA eingereicht ○ 1. Ergebnisse der Phase III Studien werden im Laufe des Novembers erwartet ○ Wenn positiv, könnte Zulassung innerhalb von 2-6 Wochen erfolgen, dann wären sie Anfang 2021 verfügbar ○ 1. BioNTEch/Pfizer: 2 Dosen. Lagerung bei -70°C (…), Lösemittel zur Herstellung notwendig, 5 Dosen pro Behältnis ○ 2. Oxford/AstraZeneca: voraussichtlich 2 Dosen (ob eine genügt wird aktuell getestet), Lagerung bei 2-8°C • STIKO Empfehlung ○ ○ ○ Aktuelle Diskussion: Personen in Alten- und Pflegeheimen, Personen ab 80, Risikogruppen mit besonderen Expositionen, noch nicht abgeschlossen ○ STIKO plant „living guideline“ und “living systematic review”, update z.B. alle 2 Wochen bzw. abhängig von Triggern (neue Impfstoffe, Indikationen, usw.) • Diverse Punkte: ○ ○ ○ Es bestehen noch viele Unsicherheiten und Fragen zu Mengen, Personal, Dokumentation, Impfquoten, usw., aber alles soll zum 1. Januar bereit sein	

	○ RKI ist zuständig für das Impfquoten Monitoring (FF: FG31 Leitung, technisch, FG33 inhaltlich) ○ Impfakzeptanz: auch in COSMO beinhaltet, 53% der Bevölkerung würden sich impfen lassen, niedrigste Akzeptanz bei HCW, RKI plant zweiwöchentliche Surveys zu Impfquote und -akzeptanz ○ Kontakt-verhalten: KOMMI-projekt seit Mai, Modellierung, Altersgruppen zu Hause, Schule, Arbeit Transport • Frage: Wirksamkeit bei >80-jährigen? Hierzu ist noch nichts bekannt, soweit suggerieren die vorhandenen Daten eine relativ gute Immunantwort (auch in Modellierung), selbst bei Impfwirksamkeit von 20% werden viele Todesfälle vermieden • Aktuell gibt es noch keine Hinweise auf Krankheitsenhancement durch COVID-19-Impfung	
10	**Labordiagnostik** **ZBS1** • [geschwärzt] • In ersten 4 Tagen diese Woche wurden 1.800 GA-Proben analysiert, Positivrate liegt bei 20% **FG17** • Über die virologische AGI Surveillance gab es 204 Einsendungen, 5 waren SARS-CoV-2 positiv, 94 zeigten Rhinoviren, ansonsten keine weiteren respiratorischen Erreger	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Aktueller Stand zu den Containment Scouts (CS)** • [geschwärzt] • Voraussichtlich werden es nicht 1.500 sondern eventuell 1.000, ca. 600 über BVA, 400 über die GA direkt via Einstellung über BVA rekrutiert • Dies wurde gestern mit den BL besprochen und wird nun in die Wege geleitet • Bewilligungsbescheid liegt noch nicht vor aber Vorbereitungen laufen parallel damit bald (Ende Nov/Dez) die neuen CS zur Verfügung stehen **Sprachregelung zur Verwendung von FFP2-Masken im privaten Bereich** (hier) • Kurzes Dokument zu dieser Fragestellung wurde primär für den internen Gebrauch vorbereitet, anhand der Argumente die letzte Woche ausgetauscht wurden:	



<table>
<tr><td></td><td>

FFP2-Masken sind eine Maßnahme des Arbeitsschutzes
Wenn Personen nicht geschult/qualifiziertes Personal sind, haben FFP2 Masken bei nicht korrekter Anpassung und Benutzung keinen Mehrwert
Nutzung von FFP2-Masken sollten auf keinen Fall dazu führen, dass andere Maßnahmen (Abstand, Lüftung) vernachlässigt oder außer Kraft gesetzt werden (z.B. keine volle Besetzung eines Raumes)
Hinweis, dass ein mögliches Knappwerden der Masken für die eigentlich intendierten Benutzer (medizinischer Bereich) absolut zu vermeiden ist

[redacted]
Diese Forderung ist nicht evidenzbasiert
Eine offensivere Kommunikation wäre sinnvoll um transparent zu machen, warum RKI dies nicht empfiehlt
Die Einschränkungen sind im Dokument klar dargestellt und es gibt keine Evidenz für die Nutzung von FFP2-Masken außerhalb des Arbeitsschutzes, dies könnte auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden
[redacted] van von Hygienikern klare Zustimmung und Unterstützung der RKI-Position erhalten, eine öffentliche Stellungnahme durch Hygieniker/Fachgesellschaft hierzu wäre sehr wünschenswert aber nicht sicher/wahrscheinlich
[redacted]
Bisherige Studien zur Wirksamkeit von FFP2-Masken sind daran gescheitert, dass Masken nicht oder nicht korrekt getragen wurden, ihr Nutzen sollte auf Arbeitsschutz von Personen die mit infektiösen Patienten arbeiten begrenzt bleiben
Die Evidenzlage soll neben den theoretischen Überlegungen berücksichtigt werden
Eine weitere Abstimmungsrunde des Textes und dann als FAQ auf die webseite

ToDo: Krisenstabsmitglieder sollen FG14-Dokument bis Mittwoch nächste Woche kommentieren, anschließend wird es in Form von FAQ auf der RKI-Webseite publiziert [redacted]
</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>Surveillance
Nicht besprochen</td><td>FG32/FG35</td></tr>
<tr><td>14</td><td>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)
Neue Risikogebiete gehen heute online</td><td>LZ</td></tr>
</table>

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie** • Befragung lief 01.-14.10.2020, Ergebnisse werden jetzt ausgewertet und demnächst im Krisenstab präsentiert	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00 Uhr, via [geschwärzt]	